INTERNISTISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS GEISELHÖRING
Dres. Schweiger · Heim · Spranz

Dr. med. Gabriele Schweiger
Internistin

Dr. med. Philipp Heim
FA für Innere Medizin
FA für Gastroenterologie
Diabetologe DDG

Dr. med. Claus Spranz
FA für Innere Medizin und Gastroenterologie
FA für Innere Medizin
Hepatologie DGVS
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
DGVS

Vereinbarung Ausfallhonorar/Terminstornierung

H2-Atemtestung Laktose- und Fruktoseintoleranz

Name, Vorname:

_____

Geburtsdatum:

_____

1. Vereinbarte Leistung und reservierte Zeit

Der/die Patient/in hat in unserer Praxis einen festen Termin für die Durchführung eines

H2-Atemtests auf Laktose- und/oder Fruktoseintoleranz vereinbart.

Datum des Termins: _____ *Uhrzeit:* _____

Für diesen Termin wird aufgrund der aufwändigen Durchführung und der notwendigen Raum- und Personalplanung eine Behandlungszeit von etwa zwei Stunden exklusiv für Sie reserviert und vorbereitet.

2. Regelung zum Ausfallhonorar

Ich wurde von der Praxis über folgende Regelung informiert und erkläre mich damit einverstanden:

1. **Rechtzeitige Absage:** Sollte ich den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, verpflichte ich mich, diesen ***mindestens 24 Stunden*** vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder schriftlich abzusagen.
2. **Ausfallgebühr:** Im Falle einer **nicht fristgerechten Absage (weniger als 24 Stunden vorher)** oder bei **unentschuldigtem Nichterscheinen** (Terminversäumnis) entsteht der Praxis ein wirtschaftlicher Schaden. Die Praxis hat das Recht, mir hierfür ein Ausfallhonorar in Höhe von **50,00 Euro** in Rechnung zu stellen.
3. **Rechtliche Grundlage:** Dieses Ausfallhonorar stellt keinen Ersatz für die Behandlung dar, sondern ist ein *Anspruch der Praxis für die reservierte, nicht genutzte Zeit **(§ 615 BGB**). Der Betrag ist nicht erstattungsfähig durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung.*
4. **Entfallen der Gebühr:** Das Ausfallhonorar wird nicht fällig, wenn ich nachweisen kann, dass ich das Nichterscheinen nicht zu vertreten habe (z.B. durch einen Notfall), oder wenn die Praxis die Zeit anderweitig nutzen konnte.

3. Bestätigung

Ich habe die Regelung zum Ausfallhonorar zur Kenntnis genommen und stimme ihr mit meiner Unterschrift ausdrücklich zu.

Ort, Datum: *Unterschrift Patient(in):*

Kenntnisnahme Praxis (Stempel):